

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**"REVISION RETROSPECTIVA DE FICHA CLINICA DE TODOS
LOS PACIENTES QUE HAN SIDO INGRESADOS, ESTUDIADOS
Y/O TRATADOS EN EL PERIODO DE 1974 A 1978, CON
DIAGNOSTICO DE LINFOMA NO HODGKIN EN EL HOSPITAL
ROOSEVELT"**

TESIS

**Presentada a la Facultad de
Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala**

POR

JOSE ROBERTO [REDACTED] OVALLE G.

En el acto de investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Abril de 1979

INDICE

I.-	INTRODUCCION	1
II.-	OBJETIVOS	2
III.-	HISTOLOGIA BASICA	3
IV.-	PRESENTACION DE RESULTADOS	16
V.-	HOJA DE RECOLECCION DE DATOS	22
VI.-	CONCLUSIONES	24
VII.-	RECOMENDACIONES	25
VIII.-	BIBLIOGRAFIA	26

INTRODUCCION

En la práctica correspondiente al 6o. año de medicina y dentro de las actividades curriculares se incluye efectuar un trabajo médico sobre un tema que el futuro galeno considere de utilidad para su comunidad, así como para el gremio al que pertenece, finalizando en esta forma con los requisitos académicos y tratando de dejar un legado científico que redunde en beneficio de los pacientes que sufren de esta entidad morbosa.

El estudio corresponde a la "Revisión retrospectiva de ficha clínica de todos los pacientes que han sido ingresados, estudiados y/o tratados en el período de 1974 a 1978, con el diagnóstico de Linfomas no Hodgkin del Hospital Roosevelt".

Para llevar a cabo nuestra labor se revisaron 15,465 registros patológicos, encontrando solamente 27 pacientes con diagnóstico patológico y ficha clínica de Linfoma no Hodgkin, en un período comprendido de 1974 a 1978, o sea de cinco años, en el Hospital Roosevelt.

OBJETIVOS

- a) Tratar de descubrir si existe alguna relación entre edad y sexo de los pacientes afectados con el Linfoma.
- b) Tipos histológicos de diagnósticos (esquema antiguo o el de Sheegan y Rappaport 1970).
- c) Correlación clínica entre los Linfomas y su mortalidad.
- d) Tipo de tratamiento y si existió algún protocolo, método estandarizado para ese fin.
- e) Forma en la cual se efectuó el diagnóstico.

HISTOLOGIA BASICA

El mesodermo está representado al principio por masas no organizadas de células que se desplazan activamente, llamadas en conjunto Mesenquima. El mesodermo desempeña un papel tan importante en la formación de tantas partes del cuerpo que no es un tejido definitivo, sino primordialmente multipotencial, que puede dar origen a una sorprendente variedad de tejidos adultos. La célula mesenquimatosa es esencialmente un elemento que se encuentra entre el ectodermo y el endodermo.

Cuando una célula mesenquimatosa llega a su lugar de destino, muestra su naturaleza diferenciándose en el tipo de célula especializada, actuando a manera de un tejido de envoltura entre las capas germinales, dando origen a varios tejidos, entre ellos: ganglios linfáticos, vasos linfáticos y bazo.

El sistema reticuloendotelial puede ser ampliamente dividido en dos componentes: hematopoyético y linforreticular. Las malignidades linforreticulares pueden presentarse como proliferaciones sistemáticas o localizadas, siendo éstas últimas conocidas como "Linfomas Malignos". Dificultades en la clasificación de los linfomas malignos han dado lugar al uso de una diversidad de términos genéricos, tales como "Linfosarcoma" y "Sarcoma de células reticulares". Evidencia presente indica que los linfomas foliculares tienen neoplasias germinales centrales, en las cuales existen diferentes grados de transformación celular y ritmo de proliferación. (American Society of Hematology).

La denominación linfoma se refiere a un grupo de trastornos neoplásicos, primariamente en el tejido linfoide, que provienen de diversos tipos celulares originados en el tejido linfoide, o sea linfocitos, histiocitos y sus precursores comunes, las células madres reticulares. (Rappaport, 1966). El poder determinar en la actualidad sobre la histología y clasificación de los linfomas no Hodgkin permanece aún en disputa. En los pasados diez años se ha evaluado nuevamente la clasificación de estas neoplasias propuestas originalmente por Gall y Mallory, Jackson Parker y otros. La de Rappaport es en la actualidad usada en muchos centros médicos y ha reemplazado a la clasificación antigua, la cual utilizaba términos como reticulosarcoma, linfoma linfocítico y algunos otros, los que nos llevaban a muchas ambigüedades.

Los linfomas son subdivididos ulteriormente, dependiendo si son nodulares o difusos. Estas subdivisiones tienen implicaciones pronósticas importantes, ya que, por regla general, los linfomas nodulares tienen un mejor pronóstico comparado con los difusos.

CLASIFICACION HISTOLOGICA DE LINFOMAS NO-HODGKIN

Célula Predominante	Clasificación Antigua	Clasificación Rappaport
Célula reticular antigua	Tumor de Burkitt	Maligno, Indiferen.
Histiocítico	Reticulo-Sarcoma	Maligno, Histiocítico
Histiocítico y Linfocítico	Reticulo-Sarcoma	Maligno, Mixto
Linfocítico pobremente diferenciado	Linfosarcoma	Maligno, pobremente diferenciado
Linfocítico bien diferenciado	Linfosarcoma	Maligno, bien diferenciado

Tomado del "Symposium on Advances in Hematology".

Epidemiología

Los linfomas pueden presentarse en cualquier edad, pero tienen frecuencia máxima en la sexta década de la vida. Los varones están afectados dos veces más que las mujeres y los blancos más que los no blancos.

Las comparaciones geográficas revelan una positiva correlación entre el consumo de proteína animal, particularmente proteína bovina y mortalidad por linfoma. Se ha sugerido que el exceso en el consumo de esta proteína animal puede, a través de absorción de antígeno y de estimulación crónica persistente, imponer considerable "uso y destrucción" del tejido linfoide y por consiguiente, posibilidades de apareamiento de enfermedades malignas. (Cunningham - 2).

Clasificación en Estadios

Es importante relacionar el factor de que el tratamiento primario está determinado por radiación o quimioterapia, basado fundamentalmente por el criterio médico. El constituye la base del pronóstico. Para la enfermedad aparentemente localizada (estadio uno o dos, una pequeña minoría de casos), se prefiere dar radiación, pero en cambio (estadios tres y cuatro), se inicia con quimioterapia.

AN ARBOR MODIFICATION OF RYE TAGING SYSTEM

Estadio I Afectada una región ganglionar (I) o región extraganglionar (I_e)

Estadio II Afectadas dos o más regiones linfáticas del mismo lado del diafragma (II), localizado en un órgano extralinfático o en uno o más ganglios linfáticos en la misma región arriba del diafragma (II_e)

Estadio III Un sólo ganglio linfático en ambas regiones del diafragma (III), lo cual puede estar acompañado por participación de un órgano extralinfático (III_e), por el bazo (III_s), en ambos (III_{se})

Estadio IV Diseminado en uno o más órganos extralinfáticos o tejidos, asociado o no a ganglios linfáticos.

NOTA: A y B indican la presencia o ausencia de (1) pérdida de peso corporal en más del 10o/o, (2) fiebre inexplicada arriba de 38° C. y (3) sudores nocturnos.

ETIOLOGIA

Cada vez parece más seguro, aunque no se ha comprobado netamente, que los linfomas en el hombre también son producidos por virus.

Recientemente ha despertado gran interés otra teoría acerca de una posible causa. Se ha observado que los pacientes sufren algún tipo de deficiencia inmune, o de enfermedad autoinmune, tienen una frecuencia más elevada de cáncer en general. (Hoover y Graumeni, 73). En la realidad, todo lo anteriormente mencionado está aún en el campo de la disputa y la discordia.

MANIFESTACIONES CLINICAS

El agrandamiento de los ganglios en ausencia de una causa aparente en un paciente por lo demás sano, favorece el diagnóstico de linfoma. (Robins 1975). Todo proceso crónico inflamatorio debe hacernos pensar en linfoma maligno, aunque no exista linfadenopatía. Caso (1), nódulo del cráneo, histológicamente benigno, precedió al linfoma maligno de piel y nódulos por ocho años.

Caso (2), prurito extremado con reacción excematosa, precedió al linfoma por siete años.

Caso (3), nódulo inflamado doloroso, histológicamente linfoma maligno, fue precedido por lesiones urticariales no específicas.

Caso (4), placa eritematosa exquisitamente dolorosa, después de 18 meses, se demostró que era linfoma histiocítico.

Caso (5), lesiones gangrenosas de escara negra fue de tipo maligno.

Caso (6), lesiones nodulares de linfoma aparecieron nuevamente en tórax, después de 20 años de remisión. (Shelley. 18).

En casos raros los linfomas aparecen en el tejido linfoide del intestino y primero se manifiestan por síntomas gastrointestinales, o por un síndrome de mala absorción (Robins 1975). Hay una estrecha relación entre esta entidad y esteatorrea, enfermedad celíaca o alguna enfermedad inmunológica (alfa chain disease). En este estudio, el intestino delgado fue afectado en 53 casos, el estómago en 51, colon y recto solamente en 21 casos. El aspecto histológico notable consistió en la alta frecuencia de células plasmáticas tumorales. (Lancet. 7).

El linfoma primario del pulmón es una lesión poco común, histológicamente similar a la del linfoma metastático en cualquier otra parte del cuerpo, pero biológicamente distinto. Se inicia extranodalmente dentro de un pulmón, crece lentamente, no produce metastasis o se disemina por vecindad. Cirugía y radioterapia son el tratamiento de elección; existe sobrevida del 50o/o en cinco años (Marx. 9).

Se ha encontrado un caso bien documentado, en el cual se encuentra un problema linfomatoso, siendo el único signo de presentación la fiebre y la linfadenopatía sin nada histológico. El diagnóstico se efectuó después de múltiples pruebas de laboratorio. (Yocksey. 20).

Este autor encuentra una asociación entre linfoma intestinal y enfermedad celíaca del adulto. (Douglas A.P., 4).

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

Gallium Scanning Citrate y el linfangiograma se utilizan en este estudio para detectar la enfermedad antes y después del tratamiento.

- 1) De los dos procedimientos, el linfangiograma es más frecuentemente positivo que el G.S. en el seguimiento post-tratamiento de linfomas no Hodgkin con participación ganglionar infradiafragmática.
- 2) La correlación entre L.G. y G.S. es escasamente buena previa al tratamiento, pero muy pobre después de que el tratamiento se ha instituido.
- 3) El G.S. frecuentemente nos da resultados equivocados, con especialidad después del Tx.; esto no es tan frecuente para el L.G.
- 4) No hay diferencia significativa en la correlación entre el linfoma linfocítico cuando se compara con el histórico. Sin embargo,

estos últimos muestran una frecuencia notable de L.G. negativo, probablemente debido a que la enfermedad está fuera de las cadenas ganglionares ilíacas-aórticas.

- 5) El L.G. nos permite una mayor información en términos de número de grupos ganglionares positivos (Canabillas 2).

El Gallium Citrate, es de importancia primaria en detectar una enfermedad linfomatosa en sitios clínicamente inaccesibles; muestra además una mayor sensibilidad y seguridad a nivel cervical, éste es un sitio que puede ser fácilmente examinado; sin embargo, ganglios infraclaviculares y pectorales si tienen enfermedad son localizados, dándonos información especialmente si estos lugares son tratados con Rx. Sirve además como instrumento para alertar al clínico de la extensión pericárdica y nos da un grado de confianza en la interpretación de hallazgos vistos en Rx. de tórax. Complementa al linfangiograma en el abdomen, detectando enfermedad en áreas que no son técnicamente evaluables por linfangiografía. (Seabold 17).

La laparoscopia tiene un lugar en el diagnóstico de extensión de los linfomas, donde la confirmación de cómo se encuentra el hígado es esencial. Si bien su indicación se ha considerado obligada en los casos de linfoma no Hodgkin, ahorrando la agresión que la cirugía supone, así como en los estadios III y IV (especialmente en la forma "b") y en los enfermos con edad superior a los 50 años, también se puede indicar a cualquier paciente que se pueda beneficiar de una laparoscopia con fines terapéuticos, bien entendido que siempre orientada a aclarar cualquier sospecha sobre el estado del hígado, ya que en la evaluación de la extensión abdominal global de un linfoma, la exploración quirúrgica sigue siendo el procedimiento más fiable. La endoscopia y biopsia hepática ha evitado laparatomías inútiles (Aguilar Reina. 1).

El enema de Bario y series gastro-intestinales se realizan como

parte del complemento para ver en qué grado ha avanzado la enfermedad, ya que generalmente ésta tiene afectadas otras regiones extranodulares. Ocasionalmente se ve perforación intestinal luego que la terapia se ha iniciado, cuando lesiones ulcerosas están presentes. También puede ser de utilidad el enema de Bario y Series gastro-intestinales para regular la dosis de medicamentos y radioterapia cuando existen linfomas en el estómago e intestino. (Mark. 10).

LESIONES PATOLOGICAS

Generalmente los ganglios son blandos y carnosos, casi siempre discretos, sin adherencias a las estructuras vecinas. En el corte, las formas nodulares pueden manifestar focos de nodularidad visibles a simple vista. Los ganglios con enfermedad difusa tienen aspecto homogéneo uniformemente gris, de carne de pescado. Son raras las necrosis, la hemorragia y los focos de reblandecimiento quístico. Al ir evolucionando la enfermedad, el tejido tumoral puede perforar la cápsula del ganglio y extenderse a los tejidos pericapsulares, para producir adherencias y cúmulos ganglionares, o sea nodulares tumorales.

Clasificación de los linfomas malignos

- 1) Linfocítico bien diferenciado.
- 2) Linfocítico poco diferenciado.
- 3) De célula madre (Incluyendo linfoma de Burkitt).
- 4) Histiocítico.
- 5) De tipo celular mixto.

Los aspectos clínicos y patológicos del linfoma primario abdominal tipo "Western" son comparados con el tipo "Mediterráneo". El primero se identifica como (W.T.L.) y el segundo (M.T.L.). El M.T.L. afecta sólo a jóvenes adultos mulatos y pacientes

africanos en quienes la mala absorción y dolor abdominal fueron los aspectos clínicos más relevantes. El W.T.L. afecta mulatos predominantemente, pero cuatro casos aparecieron en caucásicos. La edad media de presentación fue dos décadas más tarde. Una presentación obstructiva fue la más común, solamente un paciente tenía evidencia de mala absorción. El W.T.L. se localizó fundamentalmente en el intestino delgado distal y semejaba al tipo linfocítico o histiocítico. El M.T.L. se situó en el duodeno y yeyuno, además de un tipo poco usual, el pleomórfico.

El espectro de las células variaba desde linfocitos atípicos hasta células histiocíticas, algunas de las últimas semejando células de Reed Stenberg. (Lancet. 7).

Estudios necesarios en Linfomas no-Hodgkin

Procedimientos no invasivos:

- Historia completa y examen médico.
- Conteo hemático completo, frote periférico.
- Función hepática.
- Función renal.
- Test de Coombs.
- Electroforesis protéica.
- Acido úrico.
- Calcio sérico.
- Pielograma I.V.
- Médula ósea y biopsia ganglionar.
- Radiografía y tomografía cuando sea necesario
- Linfangiograma
- Enema de Bario y series gastrointestinales.

Procedimientos invasivos:

- Biopsia percutánea hepática.

Peritoneoscopia y biopsia hepática.

(Medical Clinic of North America — Vol. 60, No.5, Sep. 1975)
(Mark. 10).

Tratamiento

Las drogas usadas son ciclofosfamida y agentes alquilantes, mostazas nitrogenadas y clorambucil. Son usadas en forma intravenosa y oral, efectivas para la inducción y fase de mantenimiento. Los vinca alkaloides, vinblastina y vincristina han sido comunmente usados en los linfomas. Vincristina es claramente el agente superior en el tratamiento de los linfomas no Hodgkin. La vinblastina no se ha demostrado que tenga buen uso en el linfosarcoma. La vincristina ha probado ser bastante efectiva para la inducción y es usualmente administrada por cuatro o seis semanas.

Breve Análisis de los Medicamentos Usados

Medicamento	Año	Autor	£	#
Glucocorticoides	1964	Burningham, R.A. et al.	—	—
Procarbazine	1965	Brunner, K.W. et al.	30	30
Ciclofosfamida	1963	Carbone, P.P. et al.	52	56
Vincristina	1969	Desai, V.B. et al.	22	53
BCNU	1969	Rege, et al.	24	29
Bleomicina	1973	Blum, R.H. et al.	44	40
Adriamicina	1974	Blum, R.H. et al.	32	48
Metrotrexate	1976	Coleman, M. et al.	—	—

£ = Linfosarcoma

= Reticulosarcoma.

Terapia combinada con CHOP (Ciclofosfamida, Adriamicina, Vincristina y Prednisona) y HOP (Adriamicina, Vincristina y Prednisona) fue usado como tratamiento para pacientes con estadios patológicamente avanzados de linfomas no Hodgkin. Entre los 2204 pacientes tratados con CHOP, 71o/o presentaron completa remisión. Entre los 216 tratados con HOP, 61o/o presentaron completa remisión. (Mc. Kelvey. 11).

En la enfermedad de Hodgkin la radioterapia en los niños es bastante efectiva en los estadios IA, IIA y IIIA y contribuye con la quimioterapia en el control de estadios IIIB y IV de esta enfermedad. (Donald Pinkel. 16).

Los cambios producidos por Cis-Platinum (II) y Diamminedichloride (CPDD) en los riñones son descritos en 12 pacientes con tumores sólidos y linfomas malignos. De acuerdo a la dosis de CPDD, los pacientes fueron divididos en dos grupos: a) grupo de baja dosis: 0.5-2 mg. diarios por 1 a 6 días; b) grupo de alta dosis de una simple inyección de 3 ó más mg./Kg. con diuresis asociada con manitol. Los cambios patológicos en los riñones fueron esencialmente similares en ambos grupos, afectando primariamente el túbulo distal y colectores, dilatación de túbulos circunvalados y formación de cilindros. Estos cambios persistieron 29 días después de la terapia con CPDD. (González Vitales. 5).

Stapleton et al. tratan de introducir el uso de la Metracina (25 ug/Kg.) y Furosemide (1 mg./Kg.) para el tratamiento de pacientes que presenten hipercalcemia asociada a destrucción ósea por procesos neoplásicos. Demuestran que la furosemida con o sin soluciones salinas es efectiva en la disminución del calcio sérico en pacientes adultos con hipercalcemia secundaria a malignidad. La metracina debe emplearse solamente cuando el diagnóstico de enfermedad neoplásica se haya efectuado, ya que ésta cambia el cuadro histológico. (Sólo 2 casos). (Stapleton et al. 19.).

El linfoma primario del sistema nervioso central es extremadamente raro. Los autores detectaron un caso de linfoma mixto (histiocítico y linfocítico) en médula espinal, detectando por mielografía lumbar, laminectomía y biopsia; recibió 4000R. con aparente resolución, pero ingresó nuevamente a los 3 meses, iniciándose metrotrexate intratecal, 12 mg/m² mensual por un año.- En la actualidad aún está vivo el paciente (1976).(Kenneth, D.E. 6).

Terapia combinada con CHOP (Ciclofosfamida, Adriamicina, Vincristina y Prednisona) y HOP (Adriamicina, Vincristina y Prednisona) fue usado como tratamiento para pacientes con estadios patológicamente avanzados de linfomas no Hodgkin. Entre los 2204 pacientes tratados con CHOP, 71o/o presentaron completa remisión. Entre los 216 tratados con HOP, 61o/o presentaron completa remisión. (Mc. Kelvey. 11).

En la enfermedad de Hodgkin la radioterapia en los niños es bastante efectiva en los estadios IA, IIA y IIIA y contribuye con la quimioterapia en el control de estadios IIIB y IV de esta enfermedad. (Donald Pinkel. 16).

Los cambios producidos por Cis-Platinum (II) y Diamminedichloride (CPDD) en los riñones son descritos en 12 pacientes con tumores sólidos y linfomas malignos. De acuerdo a la dosis de CPDD, los pacientes fueron divididos en dos grupos: a) grupo de baja dosis: 0.5-2 mg. diarios por 1 a 6 días; b) grupo de alta dosis de una simple inyección de 3 ó más mg./Kg. con diuresis asociada con manitol. Los cambios patológicos en los riñones fueron esencialmente similares en ambos grupos, afectando primariamente el túbulo distal y colectores, dilatación de túbulos circunvalados y formación de cilindros. Estos cambios persistieron 29 días después de la terapia con CPDD. (González Vitales. 5).

Stapleton et al. tratan de introducir el uso de la Metracina (25 ug/Kg.) y Furosemide (1 mg./Kg.) para el tratamiento de pacientes que presenten hipercalcemia asociada a destrucción ósea por procesos neoplásicos. Demuestran que la furosemida con o sin soluciones salinas es efectiva en la disminución del calcio sérico en pacientes adultos con hipercalcemia secundaria a malignidad. La metracina debe emplearse solamente cuando el diagnóstico de enfermedad neoplásica se haya efectuado, ya que ésta cambia el cuadro histológico. (Sólo 2 casos). (Stapleton et al. 19.).

El linfoma primario del sistema nervioso central es extremadamente raro. Los autores detectaron un caso de linfoma mixto (histiocítico y linfocítico) en médula espinal, detectando por mielografía lumbar, laminectomía y biopsia; recibió 4000R. con aparente resolución, pero ingresó nuevamente a los 3 meses, iniciándose metrotrexate intratecal, 12 mg/m² mensual por un año.- En la actualidad aún está vivo el paciente (1976). (Kenneth, D.E. 6).

LOCALIZACION DE LA LESION

Localización	No. de Casos	o/o
Ganglio Cervical	10	37.03
G. Inguinal	4	14.01
G. Axilar	2	7.40
G. Mesentérico	2	7.40
G. Orbitario	1	3.70
Vesícula Biliar	1	3.70
Amígdalas	1	3.70
Utero	1	3.70
B. Cuero Cabelludo	1	3.70
G. EpitrocLEAR	1	3.70
B. Hepático	1	3.70
G. Sub-maxilar	1	3.70
G. Supraclavicular	1	3.70
Total	27 pacientes	100.00o/o

Por ser el Hospital Roosevelt un lugar de referencia nacional, la procedencia de los pacientes es bastante amplia. De la capital hay 12 pacientes que equivalen al 44.44o/o, de Jalapa 3, de Santa Rosa 2 y el resto de los otros departamentos con un paciente cada uno.

PROCEDENCIA

Lugar	No. de Casos	o/o
Ciudad Capital	12	44.44
Jalapa	3	11.11
Santa Rosa	2	7.40
Villa Canales	1	3.70
San Marcos	1	3.70
San Juan Sacatepéquez	1	3.70
Izabal	2	7.40
Sacatepéquez (Antigua)	1	3.70
Zacapa	1	3.70
Retalhuleu	1	3.70
Quezaltenango	1	3.70
Jutiapa	1	3.70
Total	27	100.00o/o

Hay que considerar que el Hospital Roosevelt sólo cubre la mitad de la población de Guatemala; además, en nuestro estudio no incluimos a los hospitales departamentales. Algunos pacientes dan direcciones falsas con el sólo ánimo de ser ingresados.

En los estadios clínicos, el G IV tiene 12 casos que equivalen al 44.44o/o, el G III 8 casos con un 29.62o/o, el G II 6 casos con un 22.22o/o y el G I con un caso que es el 3.70o/o.

ESTADIOS CLÍNICOS

Estadios Clínicos	No. de Casos	o/o
I	1	3.70
II	6	22.22
III	8	29.62
IV	12	44.44
Total	27	100.00o/o

Podemos darnos cuenta de que el 74.06o/o lo ocupan los estadios G III y IV, lo cual es considerado de mal pronóstico por lo avanzado de la enfermedad.

El tiempo de evolución de la enfermedad fue difícil de establecer, debido a que los pacientes consultaban por otros motivos. Casi siempre coinciden en afirmar que sus dolencias se habían iniciado en los últimos 30 días, lo cuál lógicamente no es factible, ya que el 74.06o/o de los pacientes se encontraban en estadios avanzados.

EGRESOS

Actividad	No. de Pacientes	o/o
Egreso con autorización médica	19	70.37
Egreso sin autorización médica	3	11.11
Fallecieron en Hospital	5	18.51
Total	27	100.00o/o

HACIA DONDE VAN LOS PACIENTES

Actividad	No. de Pacientes	o/o
Egresó y no volvió a venir	11	40.74
Fallecieron en Hospital	5	18.51
Egreso sin autorización médica	3	11.11
Egreso y vino a más de una cita	4	14.81
Fueron referidos al I.N.C.A.N.	4	14.81
Total	27	100.00o/o

Por los datos anteriormente presentados, nos podemos dar cuenta de que los pacientes que tenían diagnóstico de Linfomas no Hodgkin que ingresaron en el Hospital Roosevelt, egresaron y no volvieron a venir a ninguna cita, lo cual representa a 11 personas con un 40.74o/o; además, el 11.11o/o que egresó sin autorización médica y el 14.81o/o que fueron referidos al INCAN y que hacen un total de 66.66o/o de quienes se ignora su evolución posterior.

De los pacientes referidos al INCAN, los 4 representando el 14.81o/o no volvieron a venir al Hospital, suponiéndose que cumplieron todo su tratamiento y no presentaron recaída.

Cinco pacientes fallecieron intrahospitalariamente (18.51o/o). Las causas fueron: a) nocardiosis cerebral, b) paro cardíaco, c) hematemesis y d) Los dos últimos pacientes con anemia severa, a pesar de múltiples transfusiones. Todos los pacientes al momento de fallecer o durante el transcurso de su enfermedad habían presentado ganglios, de donde se obtuvieron los especímenes diagnósticos.

Variedad Histológica de Linfomas

Variedad Histológica	No. de Pacientes	o/o
Linfoma Difuso indiferenciado	7	25.92
Linfoma Difuso diferenciado	10	37.03
Sarcoma de células reticulares	7	25.92
Linfoma mixto (histiológico-linfocítico)	1	3.70
Linfoma difuso pobremente diferenciado	1	3.70
Linfoma Histiocítico	1	3.70
Total	27	100.00o/o

Incidencia en Años

Años	No. de Pacientes	o/o
74	4	14.81
75	2	7.40
76	8	29.62
77	4	14.81
78	9	33.33
Total	27	100.00o/o

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____

Raza _____ No. Registro M. _____ Ocupación _____

Procedencia _____

Motivo de Consulta: _____

Anemia Masas Fiebre Pérdida de Peso
 Sudores Nocturnos Prurito Otras

Curso Clínico a su Ingreso: _____

Antecedentes Personales:

Médicos Quirúrgicos Traumáticos Alérgicos

Diagnóstico estadio inicial clínico: _____

Frote Periférico: _____

Médula Osea: _____

Biopsia de ganglio: _____

Rx de Tórax, Pielograma I.V., S.G.D., Linfangiograma: _____

Diagnóstico Patológico: _____

Radioterapia, Quimioterapia: _____

Caso Interesante

Paciente 588 - 369, de 27 años de edad, sexo femenino, ladina, casada, originaria de Santa Rosa y dedicada a los oficios domésticos. Ingresó el 18 de mayo de 1976, con historia de hemorragia vaginal de un año de evolución. Se refería en la historia que inició hemorragia vaginal y trastornos menstruales, dichas hemorragias cada 10 días, las cuales ceden espontáneamente y luego vuelven a instalarse.

El 3 de junio de 1976 se le efectuó histerectomía abdominal, anexectomía y apendicectomía profiláctica. Patología reportó un sarcoma de Células Reticulares, anexos derecho e izquierdo libres.

El caso se presenta por lo raro que es encontrar un linfoma que tenga sitio primario en el útero. No se le dio radioterapia ni quimioterapia a la paciente, quien egresó en buen estado general.

CONCLUSIONES

- a) A los Linfomas Hodgkin le corresponde el 0.17o/o de los diagnósticos efectuados en el Departamento de Patología del Hospital Roosevelt.
- b) Existió un ligero predominio del sexto masculino, como lo reportan los autores nacionales (Pérez, Otto; Monterroso, Margoth y Morales Sandoval, . 13, 14 y 15).
- c) La cadena ganglionar afectada mayormente fue la cervical con un 37.03o/o.
- d) Existe una amplia variedad de sitios anatómicos en los cuales los ganglios pueden encontrarse positivos para Linfomas No Hodgkin.
- e) De la capital procede el 44.44o/o de los pacientes.
- f) Los pacientes afectados de esta entidad llegan al hospital principalmente en los estadios clínicos G III y IV.
- g) Solamente cuatro pacientes regresaron al hospital para continuar su tratamiento.
- h) Las evoluciones clínicas de los pacientes hospitalizados estaban inconclusas y/o con ausencia de hojas.

RECOMENDACIONES

- a) Se sugiere entablar diálogo con el paciente para explicarle cuál es la etiología, tratamiento y pronóstico de su padecimiento, con el objeto de que continúe con su seguimiento, ya que en un alto porcentaje los pacientes ya no regresan al hospital.
- b) Creemos que es conveniente efectuar biopsia a todos los pacientes que presenten úlceras y/o adenopatías que no respondan al tratamiento antibacteriano.
- c) Recomendamos que exista una clínica en consulta externa para el seguimiento de los pacientes con Linfomas no Hodgkin.
- d) Buscar la forma de que el Hospital mejore su terapia básica, de tal manera que incluya medicamentos de comprobada eficacia para el tratamiento de Linfomas no Hodgkin.

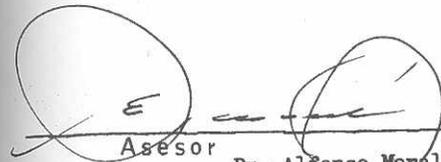
BIBLIOGRAFIA

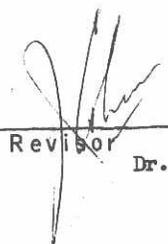
1. Aguilar Reina J. et al. Diagnosis Involvement of Liver in Lymphoma. Value of Laparoscopy and Liver Biopsy. *Revista Clínica Española*. 144 (2): 135-140, 31 Jan. 77 (Eng. Abs.).
2. Canabillas F. et al. Comparison of Lymphangiograms and Gallium Scans in the Non-Hodgkin's Lymphomas. *Cancer* 39 (1): 85-8, Jan. 77.
3. Cunningham A.S. *Lancet* 2 (7996): 1184-6, 27 Nov. 76. Lymphomas and Animal-Protein consumption.
4. Douglas, A.P. Celiac Disease and Lymphomas of the Intestine. *N. Engl. J. Med.* 296 (14): 821, 7 April 77.
5. González Vitales J. C. et al. The Renal Pathology in Clinical Trials of cis-platinum (II) diamminechloride. *Cancer* 39 (4): 1362-71, April 77.
6. Kenneth D.N. Successful Therapy with Metrotrexate of a Multicentric Mixed Lymphoma of the Central Nervous System. *Cancer* 38: 1476-1478, 1976.
7. *Lancet*. Primary Gastrointestinal Lymphoma, 1 (8023): 1191, June 4, 77.
8. Lim Fel, et al. Factors in the Prognosis of Gastric Lymphoma. *Cancer* 39 (4): 1715, 20 April 77.
9. Mark L.K. Primary Lymphomas of the Lung. *J.A.M.A.* 237(a): 895-6, 28 Feb. 77.
10. Mark W. et al. Chemotherapy of the Non-Hodgkin's Lymphomas. *Medical Clinics of North America*. Vol. 60, No. 5, Sept. 1976.
11. McKelvey E. M. et al. Hydroxyhdaunamycin (adriamicina) Combination Chemotherapy in Malignant Lymphoma. *Cancer* 38 (4): 1484-93, Oct. 76.
12. Monterroso, Olga Margoth. Retículosarcoma. Tesis previa a optar el título de Médico y Cirujano. Abril 78.
13. Morales, Rubén Enrique. Linfomas Hodgkin y no Hodgkin. Estudio de 30 casos en el Hospital General. Abril 78.
14. Morales Sandoval, Alfonso. Linfomas no Hodgkin. Estudio de 10 años en el Hospital General del IGSS presentado al Congreso de Cancerología en 1978.
15. Pérez, Otto. Linfomas. Estudio de 10 años en el Hospital Roosevelt. 1970.
16. Pinkel D. et al. Radiotherapy in Leukemia and Lymphoma of Children. *Cancer* 39 (2 suppl.): 817-27, Feb. 77).
17. Seabold J.E. Gallium Citrate G.A. 67 Scanning; Clinical Usefulness of Lymphoma Patients. *Arch. Inter. Med.* 136 (12): 1370-4. Dec. 76.
18. Shelley. Observations on Ocult Malignant Lymphoma in the Skin. Shelley W.B. et al. *Cancer* 38 (4): 17 57.- 70. Oct. 76.

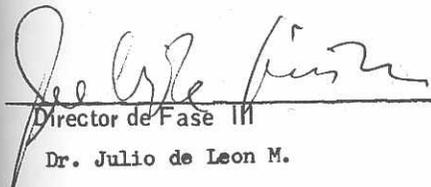
19. Stapleton F.B. et al. Treatment of Hypercalcemia associated with Metastasis. J. Pediatrics 89 (6): 1029-30. Dec. 1976.

20. Yocksey C. C. et al. Lymphomatoid Granulomatosis Presenting as Fever of Unknown Origin. J.A.M.A. 237 (24): 2633-4, 13 June 77.


Dr. José Roberto ~~_____~~ Ovalle 

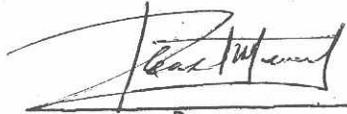

Asesor Dr. Alfonso Morales


Revisor Dr. Jaime Cohen


Director de Fase III
Dr. Julio de Leon M.


Secretario General
Dr. Raúl A. Castillo R.

Vo.Bo.


Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo.